

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANCHEZ	ESMERALDAS	ALVARO ANTONIO	09	04	1956	68 años, 10 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303668097	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	AV CHONE QUITO KM 30 y KM 20	999-999-9999 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1303668097	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Psiquiatría	2025	02	19	
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año	

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva



Saturación capacidad
instalada



Ausencia temporal del
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

SE REALIZA VISITA A PACIENTE DE 68 AÑOS EL CUAL SU FAMILIAR REFIERE QUE NO TIENE CONTROL SOBRE EL, EL ADULTO MAYOR SE ESCAPA, PRESENTA DELIRIOS NO QUIERE QUE NADIE SE LE ACERQUE, NO TIENE CONOCIMIENTO DE SU ENTORNO, CONFUNDIDO ESTA ALERTA VIGIL, REFIERE EL FAMILIAR QUE TUVO QUE LLEVARLO A LA PARTE DE ATRAS DE LA FINCA PORQUE SOLO PASA GRITANDO Y SALE CORRIENDO A LA CARRETERA PRINCIPAL, TUVO UN INGRESO ANTERIOR EN EL HGND C DONDE LE DAN EL ALTA PERO NO CUMPLE CON LA MEDICACION, FAVOR VALORAR PSIQUIATRIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA	F209	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-19	14:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha		
			/				
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-19	14:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	